

PHẪU THUẬT TRIỆT CĂN ĐIỀU TRỊ UNG THƯ ĐƯỜNG MẬT RỐN GAN TYPE III TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG HUẾ

Hồ Văn Linh¹

¹Khoa Ngoại Tiêu hóa, Bệnh viện Trung ương Huế

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đặc điểm kỹ thuật phẫu thuật triệt căn điều trị ung thư đường mật rốn gan.

Đối tượng, phương pháp: Gồm 9 bệnh nhân ung thư đường mật rốn gan được phẫu thuật triệt căn ở Bệnh viện Trung ương Huế từ 12/2019 đến 6/2023.

Kết quả: Tuổi thường gặp ở bệnh nhân ≤ 60 là 66,7%, nam giới gấp 2 lần so với nữ. vàng da, ngứa và phân bạc màu tỷ lệ gặp lần lượt 100%, 88,9% và 88,9%. Marker ung thư CA19.9 trung bình là $199,3 \pm 15,7$ (155 - 760). Khối u kích thước < 4 cm là 88,9% và tỷ lệ phát hiện khối u rốn gan trên MRI là 100%. Thời gian phẫu thuật trung bình: $365,1 \pm 35,7$ (315 - 405) phút, lượng máu mất: $350,5 \pm 47,1$ (225 - 430)ml. Biến chứng rò miệng nối mật ruột và abscess tồn dư sau phẫu thuật tỷ lệ tương ứng là 11,1%. Thời gian nằm viện $11,6 \pm 5,5$ (11 - 19) ngày và không có tử vong sau phẫu thuật.

Kết luận: Triệu chứng vàng da và ngứa là thường gặp, chụp cắt lớp vi tính và cộng hưởng từ rất có giá trị trong việc phát hiện khối u rốn gan. Phẫu thuật triệt căn điều trị ung thư đường mật rốn gan (u Klatskin) type III có thể thực hiện được ở các Bệnh viện tuyến cuối.

Từ khóa: Ung thư rốn gan, u Klatskin, cắt gan.

ABSTRACT

RADICAL SURGERY FOR TREATMENT OF KLATSKIN TUMOR WITH TYPE III AT HUE CENTRAL HOSPITAL

Ho Van Linh¹

Objectives: To study some clinical and paraclinical characteristics and technical characteristics of hepatectomy surgery treated Perihilar Cholangiocarcinoma.

Methods: Including 9 patients with perihilar cholangiocarcinoma who underwent hepatectomy surgery at Hue Central Hospital from 12.2019 to 6.2023.

Results: The common age in patients ≤ 60 is 66.7%, 2 times more men than women. Jaundice, itching and discolored stools were 100%, 88.9% and 88.9% respectively. The mean CA19.9 was 199.3 ± 15.7 (155 - 760). Tumor size < 4 cm is 88.9% and the detection rate of liver tumor on MRI is 100%. Average surgery time: 365.1 ± 35.7 (315 - 405) minutes, blood loss: 350.5 ± 47.1 (225 - 430)ml. Complications of anastomotic fistula and residual abscess after surgery were 11.1%, respectively. Hospital stay was 11.6 ± 5.5 (11 - 19) days and there was no mortality after surgery.

Conclusion: Symptoms of jaundice and pruritus are common, and computed tomography and magnetic resonance imaging are very valuable in detecting Perihilar Cholangiocarcinoma. Hepatectomy surgery for type III hilar cholangiocarcinoma (Klatskin tumor) can be performed in terminal Hospitals.

Keywords: Hilar Cholangiocarcinoma, Klatskin tumor, hepatectomy.

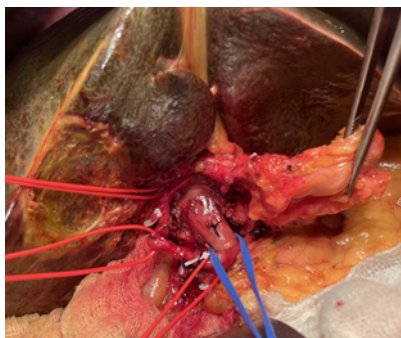
Ngày nhận bài: 28/8/2023. Ngày chỉnh sửa: 27/9/2023. Chấp thuận đăng: 01/10/2023

Tác giả liên hệ: Hồ Văn Linh. Email: drlinh2000@yahoo.com. ĐT: 0913465464

Phẫu thuật cắt gan điều trị ung thư đường mật rốn gan...

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đường mật rốn gan (Perihilar Cholangiocarcinoma) xuất phát từ biểu mô đường mật nơi ống gan phải và trái hợp lại thành ống gan chung đến chỗ ống túi mật đổ vào ống gan chung, tỷ lệ 60 - 80% ung thư đường mật [1]. Klatskin (1965), lần đầu tiên mô tả 13 bệnh nhân ung thư rốn gan [2]. Tại Việt Nam, ung thư đường mật đã được nhiều tác giả báo cáo. Đỗ Hữu Liệt (2015), nghiên cứu 46 bệnh nhân ung thư đường mật rốn gan được phẫu thuật triệt căn tỷ lệ thành công 84,8% tại biến và biến chứng 60,9%, tử vong sau phẫu thuật là 8,4% [3]. Hiện nay, tỷ lệ bệnh nhân được phẫu thuật triệt căn vẫn còn thấp vì nhiều lý do: Bệnh phát hiện ở giai đoạn muộn, phẫu thuật phức tạp đưa đến kết quả điều trị chưa cao. Việc phát hiện chẩn đoán sớm cũng như lựa chọn phương pháp phẫu thuật triệt căn điều trị cho các giai đoạn đạt kết quả cao, giảm tai biến, biến chứng và tử vong là cấp thiết. Xuất phát từ những vấn đề khoa học và trong thực tiễn điều trị ung thư đường mật rốn gan ở Bệnh viện Trung



Hình 1: Phẫu tích vùng rốn gan và nạo vét hạch.
Nguồn: BN Nguyễn Thị T

- Tiếp tục phẫu tích khối u ra khỏi tĩnh mạch cửa và động mạch gan, cần phẫu tích khéo léo để tránh tổn thương động tĩnh mạch gan. Đây là bước cực kỳ quan trọng, bởi vì trong trường hợp tổn thương tĩnh mạch cửa hay động mạch gan ở vị trí phía sau khối u thì việc khâu cầm máu hay cắt động mạch, tĩnh mạch đều rất khó khăn.

- Cắt gan trái trong trường hợp ung thư loại IIIB hoặc cắt gan phải cho loại IIIA, thực hiện đồng thời cắt thùy đuôi. Sau khi hoàn tất cắt nhu mô gan và mạch máu, đường mật được cắt sau cùng, cố gắng cắt đường mật xa khối u ít nhất

1cm về mặt đại thể, sau đó tiến hành sinh thiết tức thì đầu gần của đường mật. Nếu kết quả sinh thiết tức thì không còn tế bào ác tính, thực hiện bước tiếp theo là nối ống gan với hồng tràng. Trong trường hợp không thể cắt thêm được nữa mà bờ phẫu thuật vẫn còn tế bào ác tính thì vẫn thực hiện nối mật ruột và chấp nhận R1. Nối ống gan - hồng tràng theo kiểu Roux-en-Y. Trong trường hợp các ống gan cách xa nhau không thể tạo hình được thì thực hiện nối từng ống riêng lẻ. Từng ống gan sẽ được dẫn lưu ra ngoài kiểu mật - ruột - da. Đặt ống dẫn lưu hạ sườn phải hoặc hạ

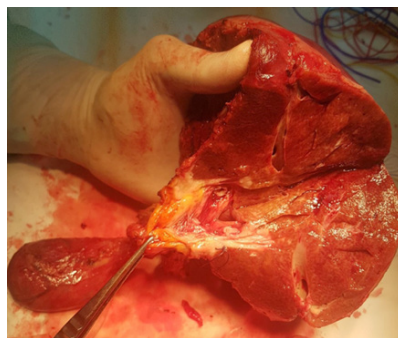
II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu gồm 9 bệnh nhân ung thư đường mật rốn gan được phẫu thuật triệt căn ở Bệnh viện Trung ương Huế từ 12/2019 đến 6/2023.

Phương pháp nghiên cứu mô tả tiến cứu theo dõi dọc và không đối chứng.

Kỹ thuật tiến hành:

- Mở bụng đường chữ J thám sát toàn bộ ổ phúc mạc, đánh giá tình trạng khối u và tình trạng di căn. Sau khi đánh giá khối u có thể phẫu thuật triệt căn, tiến hành nạo vét hạch vùng rốn gan gồm các nhóm hạch số 8, 9, 12 và số 13. Phẫu tích bóc lộ phần thấp của OMC đến sát bờ trên của tụy và tiến hành cắt đường mật ngoài gan, sinh thiết tức thì đầu xa, đồng thời thực hiện kỹ thuật Kocher di động khung tá tràng và nạo vét nhóm hạch số 13.



Hình 2: Khối u rốn gan và phần gan cắt bỏ sau khi hoàn thành việc cắt gan và nạo vét được đem ra ngoài.
Nguồn: BN Phan D

1cm về mặt đại thể, sau đó tiến hành sinh thiết tức thì đầu gần của đường mật. Nếu kết quả sinh thiết tức thì không còn tế bào ác tính, thực hiện bước tiếp theo là nối ống gan với hồng tràng. Trong trường hợp không thể cắt thêm được nữa mà bờ phẫu thuật vẫn còn tế bào ác tính thì vẫn thực hiện nối mật ruột và chấp nhận R1. Nối ống gan - hồng tràng theo kiểu Roux-en-Y. Trong trường hợp các ống gan cách xa nhau không thể tạo hình được thì thực hiện nối từng ống riêng lẻ. Từng ống gan sẽ được dẫn lưu ra ngoài kiểu mật - ruột - da. Đặt ống dẫn lưu hạ sườn phải hoặc hạ

Phẫu thuật cắt gan điều trị ung thư đường mật rốn gan...

sườn trái tùy từng bệnh nhân, đóng bụng theo các lớp giải phẫu, gửi toàn bộ bệnh phẩm làm giải phẫu bệnh và kết thúc cuộc phẫu thuật.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Bệnh nhân tuổi ≤ 60 là 6/9 (66,7%), nam gấp đôi nữ. Chỉ số khối cơ thể (BMI) phần lớn ở mức trung bình 7/9 (77,8%). Vàng da, ngứa và sốt thường gặp tỷ lệ lần lượt 100%, 88,9% và 77,8%. Túi mật xẹp và phân bạc màu là 2 triệu chứng thực thể thường xuất hiện trên lâm sàng với tần suất tương ứng là 88,9%. Bilirubin máu $251,7 \pm 17,4$ (200 - 319), marker CA19.9 trung bình $199,3 \pm 15,7$ (155 - 760). Tỷ lệ phát hiện u rốn gan trên cắt lớp vi tính là 88,9%, giãn đường mật trong gan là 100%. Ngoài ra, cắt lớp vi tính cho phép đánh giá di căn hạch vùng, mức độ xâm lấn nhu mô gan và mạch máu. MRI rất có giá trị trong việc phát hiện khối u rốn gan với tỷ lệ 100% và đánh giá gần chính xác hình thái đường mật trong gan.

Bảng 1: Đặc điểm hình thái khối u

Đặc điểm hình thái khối u	N = 9	Tỷ lệ (%)
$U < 2 \text{ cm}$	3	33,3
$2 \leq U < 4 \text{ cm}$	5	55,6
$U \geq 4 \text{ cm}$	1	11,1
U ở thể khối	3	33,3
U ở thể thâm nhiễm	6	66,7

Khối u kích thước $< 4 \text{ cm}$ là 88,9%; u kích thước $\geq 4 \text{ cm}$ là 11,1%. U ở thể khối gặp 3/9 (33,3%); u ở thể thâm nhiễm gặp 6/9 (66,7%) BN. Mô bệnh học độ biệt hóa tốt 66,7%, độ biệt hóa vừa 22,2% và độ biệt hóa kém 11,1% (bảng 1).

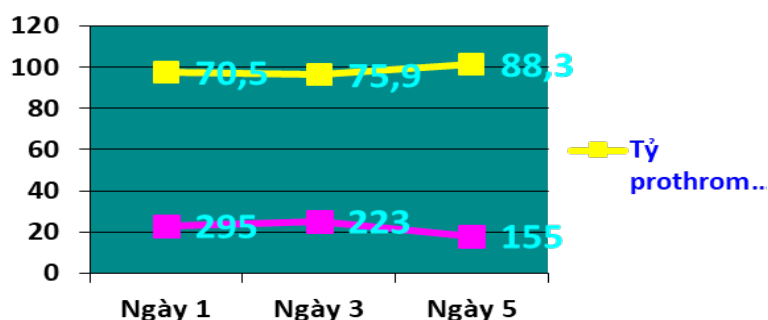
3.2. Đặc điểm kỹ thuật và kết quả

Cắt gan trái (loại IIIB) 5/9 (55,6%) và cắt gan phải (loại IIIA) 4/9 (44,4%), không ghi nhận tai biến trong phẫu thuật. Phẫu thuật triệt căn đạt mức R0 là 100%, dẫn lưu miệng nối mật ruột ra da 3 (33,3%). Có 2 bệnh nhân u xâm lấn thân chính TM cửa, cắt đoạn và nối lại tận - tận.

Bảng 2: Diễn biến trong phẫu thuật

Các thông số	N = 9	Trung bình	Thấp nhất	Dài nhất
Thời gian phẫu thuật (phút)	9	$365,1 \pm 35,7$	315	405
Lượng máu mất (ml)	9	$350,5 \pm 47,1$	225	430
Lượng máu truyền (ml)	3	$250,7 \pm 15,5$	350	500

Thời gian phẫu thuật trung bình là $365,1 \pm 35,7$ (315 - 405) phút. Có 3 BN phải truyền máu trong phẫu thuật (bảng 3.2). Biến chứng rò miệng nối mật ruột và abscess tồn dư tỷ lệ tương ứng là 11,1% cho mỗi loại. Nuôi ăn đường miệng sớm ngày đầu sau phẫu thuật, trung bình $1,2 \pm 0,3$ ngày. Thời gian nằm viện trung bình $11,6 \pm 5,5$ (11 - 19) ngày.



Biểu đồ 1: Đường biểu diễn thay đổi nồng độ bilirubin và tỷ prothrombin sau phẫu thuật

Tỷ Prothrombin tăng dần và trở lại bình thường vào ngày thứ 5; ngược lại nồng độ Bilirubin toàn phần thường giảm dần vào những ngày tiếp theo sau phẫu thuật (biểu đồ 1). Thay đổi kết quả sinh hóa - huyết học tuần đầu sau phẫu thuật như sau: BC: $15,9 \pm 4,2$ (6,20 - 23,5), TC: $214,0 \pm 59,1$ (90 - 242), Albumin: $34,0 \pm 5,0$ (23,0 - 43,7). Kết quả tốt 8/9 (88,9%), trung bình 1/9 (11,1%), không có tử vong sau phẫu thuật.

IV. BÀN LUẬN

Ung thư đường mật phát sinh từ tế bào biểu mô của ống dẫn mật, có nguồn gốc từ các phần khác nhau của đường mật, gồm 3 loại theo vị trí giải phẫu là ung thư đường mật trong gan, ung thư đường mật ở rốn gan và ung thư ở đầu xa ống mật chủ. Phổ biến nhất trong số này là ung thư ở rốn gan hay còn gọi là u Klatskin chiếm khoảng 60% [4].

Không có triệu chứng trong giai đoạn đầu, vì vậy bệnh nhân thường được chẩn đoán muộn. Triệu chứng phổ biến nhất là vàng da, gặp ở khoảng 90% bệnh nhân, các triệu chứng khác là mệt mỏi, giảm cân, ngứa và đau bụng [5]. Tương tự như y văn thế giới, trong nghiên cứu này vàng da 100% các trường hợp, ngứa 88,9%, đau bụng 55,6%, sụt cân 33,3%.

CT Scan giúp đánh giá mức độ lan rộng của khối u và đánh giá sự xâm lấn mạch máu. Độ nhạy và độ đặc hiệu khi đánh giá sự xâm lấn của khối u vào tĩnh mạch cửa của CT Scan rất cao lên đến trên 96% [6]. Trên hình ảnh cắt lớp vi tính nếu còn thấy rõ một lớp tỷ trọng thấp giữa động mạch và khối u, khả năng cao là u chưa xâm lấn vào động mạch. Ngược lại, nếu không còn lớp tỷ trọng thấp này khả năng đến 70% khối u xâm lấn vào động mạch. Đánh giá sự xâm lấn theo chiều dọc của khối u thường được thực hiện bởi nội soi đường mật ngược dòng hoặc chụp đường mật xuyên gan qua da [7]. MRI giúp quan sát hình thái đường mật mà không cần thuốc cản quang, qua đó giúp xác định tổn thương khu trú hay lan tỏa. Nhược điểm của MRI là không đánh giá được sự xâm lấn vào mạch máu và hạch di căn [8].

Kích thước khối u: gồm 08 BN kích thước khối u < 2 cm (88,9%) và 01 BN kích thước khối u > 4 cm (11,1%) (bảng 3.13). Đỗ Hữu Liệt (2016), khối u < 2 cm gặp 11,1%; kích thước u từ 2 đến 4 cm 66,7% và khối u > 4 cm gặp 22,2% tác giả thấy rằng, khối u < 2 cm có tiên lượng tốt sau phẫu thuật [3]. Gerald Klatskin, có 23,3% BN có khối u kích thước 5 - 10cm [9]. Gồm 2 BN khối u xâm lấn vào thân chính tĩnh mạch cửa, chứng tỏ ung thư đã ở giai đoạn muộn. Về đặc điểm hình thái khối u: gồm 33,3% tổn thương dạng thể khối và 66,7% thể thâm nhiễm (bảng 3.1).

Phẫu thuật triệt để phụ thuộc vào phân loại Bismuth - Corlette. Chúng tôi lựa chọn phương pháp điều trị dựa theo khuyến cáo của các tác giả [10]: Loại IIIA (cắt đường mật ngoài gan kèm u + cắt gan

(P) + cắt thùy đuôi + nạo hạch); Loại IIIB (cắt đường mật ngoài gan kèm u + cắt gan (T) + cắt thùy đuôi + nạo hạch); Tất cả đều nối ống mật với hồng tràng theo Roux-En-Y. Ramos khuyến cáo cắt gan trái để làm tăng khả năng phẫu thuật triệt để, an toàn và làm tăng thời gian sống thêm sau phẫu thuật [11].

Nghiên cứu thực hiện thành công 9/9 (100%) BN đạt được phẫu thuật triệt căn R0. Mặc dù, tỷ lệ thành công bước đầu khá cao nhưng vì số lượng BN chưa lớn nên chúng tôi chưa kết luận và đưa ra nhận xét. Biểu chứng rò miệng nối mật ruột là 11,1% và abscess tồn dư 11,1%. Bệnh nhân abscess tồn dư do bị tắc ống dẫn lưu, dịch dẫn lưu không thoát ra được vào ngày thứ 3, lâm sàng có biểu hiện đau vùng thượng vị, sốt 38,7 - 39,0°C. Chụp (CLVT) ổ bụng, phát hiện ổ tụ dịch lớn ở diện cắt gan trái, kích thước 5,5 × 9,3 cm, dịch có tỷ trọng thấp hơn máu; tiến hành chọc hút dưới hướng dẫn của siêu âm, đặt lại dẫn lưu mới, kèm phối hợp kháng sinh phổ rộng, bệnh nhân ổn định không phải mổ lại và ra viện ngày 15 sau phẫu thuật. Thời gian nằm viện trung bình 11,6 ± 5,5 (11 - 19) ngày và không có tử vong sau phẫu thuật. Kết quả sau phẫu thuật đạt kết quả tốt với tỷ lệ 88,9%, trung bình 11,1%.

V. KẾT LUẬN

Triệu chứng vàng da và ngứa là thường gặp, chụp cắt lớp vi tính và cộng hưởng từ rất có giá trị trong việc phát hiện khối u rốn gan. Phẫu thuật triệt căn điều trị ung thư đường mật rốn gan (u Klatskin) type III có thể thực hiện được ở các Bệnh viện tuyến cuối.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Witzigmann H, Berr F, Ringel U, Caca K, Uhlmann D, Schoppmeyer K, et al. Surgical and palliative management and outcome in 184 patients with hilar cholangiocarcinoma: palliative photodynamic therapy plus stenting is comparable to r1/r2 resection. *Annals of surgery*. 2006;244(2):230.
2. Tùng DT, Ung thư đường mật, Ngoại khoa. Vol. 4. 2003.
3. Liệt ĐH, Vai trò phẫu thuật triệt để trong điều trị ung thư đường mật vùng rốn gan. 2016, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.
4. Nagino M. Perihilar cholangiocarcinoma: a surgeon's perspective. *iLIVER*. 2022;1(1):12-24.
5. Van Keulen A-M, Buettner S, Besselink MG, Busch OR, van Gulik TM, Ijzermans JN, et al. Surgical morbidity in the first year after resection for perihilar cholangiocarcinoma. *HPB*. 2021;23(10):1607-1614.

Phẫu thuật cắt gan điều trị ung thư đường mật rốn gan...

6. Noji T, Tsuchikawa T, Okamura K, Tanaka K, Nakanishi Y, Asano T, et al. Concomitant hepatic artery resection for advanced perihilar cholangiocarcinoma: a case-control study with propensity score matching. *Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Sciences*. 2016;23(7):442-448.
7. Nooijen LE, Swijnenburg R-J, Klümpen H-J, Verheij J, Kazemier G, van Gulik TM, et al. Surgical therapy for perihilar cholangiocarcinoma: state of the art. *Visceral Medicine*. 2021;37(1):18-25.
8. Capobianco I, Rolinger J, Nadalin S. Resection for Klatskin tumors: technical complexities and results. *Translational gastroenterology hepatology*. 2018;3.
9. Cương PT, Đánh giá vai trò chụp cộng hưởng từ trong chẩn đoán và điều trị hẹp đường mật trong gan do sỏi mật. *Trường Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh*. 2007:75-78.
10. Ganeshan D, Moron FE, Szklaruk J. Extrahepatic biliary cancer: new staging classification. *World journal of radiology*. 2012;4(8):345.
11. Ramos E. Principles of surgical resection in hilar cholangiocarcinoma. *World journal of gastrointestinal oncology*. 2013;5(7):139.